



Государственное бюджетное учреждение дополнительного образования
Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи
Выборгского района Санкт-Петербурга

УТВЕРЖДАЮ
зам. руководителя ТПМПК
Директор ГБУ ДО ЦПМСП Кургинова А.Н.
«30» августа 2018 г.

Инструкция
для учителя-логопеда
по зачислению/отчислению обучающихся на логопедические занятия в логопункт ГБДОУ

1. Зачисление обучающихся на логопункт в образовательных организациях реализующих основную общеобразовательную программу дошкольного образования, адаптированную для детей с ОВЗ (с тяжелыми нарушениями речи) осуществляется на основании решения ТПМПК, оформленного заключением, продолжительность коррекционно-развивающей работы $\frac{1}{2}$ учебного года с момента зачисления.

2. Заседания ТПМПК по зачислению на логопункты обучающихся проводятся в составе рабочих групп специалистов в соответствии с утвержденным графиком проведения ТПМПК в текущем учебном году.

3. Пакет документов, предоставляемый в ТПМПК родителями/законными представителями воспитанника:

- заявление родителя/законного представителя (Приложение 1);
- согласие на обработку персональных данных родителя/законного представителя (Приложение 2);
- письменное согласие родителя/законного представителя на обработку персональных данных и результатов комплексного обследования ребенка специалистами ТПМПК (Приложение 3);
- информирование родителя (Приложение 4);
- копия свидетельства о рождении ребенка;
- направление (Приложение 5);
- выписка из истории развития ребенка, заполненная врачом-педиатром (Приложение 6).

4. Выпуск с логопункта обучающихся, испытывающих трудности в обучении, осуществляется приказом заведующего ГБДОУ на основании результатов итоговой диагностики, зафиксированных в речевых картах обучающихся.

5. С согласия родителей/законных представителей интересы ребенка на заседании ТПМПК могут представлять учителя-логопеды ГБДОУ по доверенности (Приложение 7).

6. Продление срока оказания коррекционно-развивающей помощи ребенку на логопункте осуществляется через ТПМПК при предоставлении полного пакета документов.

7. Документация специалистов, оформляемая на заседании комиссии:

- журнал записи детей на обследование в ТПМПК Выборгского района (Приложение 8);
- журнал учета детей, прошедших обследование в ТПМПК, и выдачи заключений по итогам работы ТПМПК (Приложение 9);
- протокол (Приложение 10);
- заключение (Приложение 11);
- титульный лист карты ребенка (Приложение 12);
- заполнение электронной базы.

Учетный номер _____

В территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию Выборгского района Санкт-Петербурга

от _____,

(указать полностью Ф И О родителя (законного представителя) ребенка)

зарегистрированного по адресу: _____

(индекс, адрес полностью)

Адрес фактического проживания: _____

(индекс, адрес полностью, телефон)

Паспорт: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу рассмотреть на ТПМПК документы моего ребенка _____

(фамилия, имя, отчество ребенка, дата рождения)

и выдать коллегиальное психолого-медико-педагогическое заключение с рекомендациями.

« ____ » _____ 20 ____ года

(подпись)

С тем, что коллегиальное заключение выдается родителям (законным представителям) в течение 5 рабочих дней после прохождения ТПМПК (при наличии паспорта) по адресу: Костромской пр., 7.

ознакомлен(-а)

« ____ » _____ 20 ____ г.

Согласие на обработку персональных данных родителя/законного представителя*

Я, _____

Ф.И.О. полностью в именительном падеже по документу, удостоверяющему личность
проживающий по адресу: _____

паспорт серия _____ № _____, кем выдан и когда _____

телефон, e-mail

настоящим даю согласие на обработку в _____

полное наименование ТПМПК

своих персональных данных, к которым относятся:

данные, удостоверяющие личность (паспорт); данные о возрасте и поле; данные о гражданстве;
адресная и контактная информация; сведения о попечительстве, опеке, усыновлении/удочерении.
Обработка персональных данных осуществляется исключительно в целях обеспечения
соблюдения законов и иных нормативных правовых актов; содействия в реализации
конституционного права на образование своего ребенка.

Подтверждаю, что давая такое согласие, я действую по собственной воле.

« _____ » _____ 20 _____ г.

подпись

Ф.И.О. родителя (законного представителя)

*Статья 9. «Согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных» федерального закона от 27 июля 2006г. №152-ФЗ «О персональных данных».

**Письменное согласие родителя/законного представителя на обработку
персональных данных и результатов комплексного обследования ребенка специалистами
ТПМПК**

Я, (мать, отец, опекун, усыновитель)

Ф.И.О. родителя (законного представителя), полностью

паспорт серия _____ № _____, кем и когда выдан _____

настоящим даю согласие на обработку персональных данных и результатов комплексного обследования в ТПМПК Выборгского района Санкт-Петербурга моего ребенка

Ф.И.О. ребенка, полностью

свидетельство о рождении ребенка (паспорт), серия, номер:

кем выдано, когда _____

Статья 9. «Согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных» федерального закона от 27 июля 2006г. №152-ФЗ «О персональных данных»

На основании:

*документ, подтверждающий, что субъект является законным представителем ребенка, - доверенность,
опекунское удостоверение*

кем и когда выдан _____

настоящим даю свое согласие на обработку его (ее) персональных данных и результатов комплексного обследования в

полное наименование ТПМПК

к которым относятся:

данные, удостоверяющие личность ребенка (свидетельство о рождении или паспорт), данные о возрасте и поле, данные о гражданстве, данные медицинской карты, полиса обязательного/добровольного медицинского страхования, данные о прибытии/выбытии в/из образовательных организаций, Ф.И.О. родителя/законного представителя, кем приходится ребенку, адресная или контактная информация, сведения о полечительстве, опеке, отношении к группе социально не защищенных обучающихся; документы (сведения), подтверждающие право на льготы, дополнительные гарантии и компенсации, по определенным основаниям, предусмотренным законодательством (ребенок-инвалид, родители-инвалиды, неполная семья, многодетная семья, патронаж, опека, ребенок-сирота); данные психолого-педагогической характеристики, данные о состоянии здоровья (сведения об инвалидности, о наличии хронических заболеваний, медицинское заключение об отсутствии противопоказаний/о рекомендациях к обучению в образовательной организации; данные медицинских обследований, медицинские заключения).

« _____ » _____ 20 _____ г.

подпись

Ф.И.О. родителя (законного представителя)

Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия Выборгского района Санкт-Петербурга

Я, _____ информирован(а) о следующем:
(Ф.И.О родителя (законного представителя) ребенка)

☐ Ответственность за предоставление полного пакета корректных документов лежит на родителе (законном представителе) ребенка.

В случае если на ТПМПК Выборгского района города Санкт-Петербурга будет представлен неполный комплект документов или документы будут некорректно оформлены, в обследовании ребенка на комиссии может быть отказано.

☐ При необходимости ТПМПК Выборгского района города Санкт-Петербурга запрашивает у соответствующих органов и организаций или у родителей (законных представителей) ребенка дополнительную информацию о ребенке.

☐ Информирование родителей (законных представителей) ребенка о дате, времени, месте и порядке проведения обследования, а также об их правах и правах ребенка, связанных с проведением обследования, осуществляется ТПМПК Выборгского района города Санкт-Петербурга в 5-дневный срок с момента подачи документов для проведения обследования.

☐ Состав специалистов ТПМПК Выборгского района города Санкт-Петербурга, участвующих в проведении обследования, процедура и продолжительность обследования определяются руководителем ТПМПК Выборгского района города Санкт-Петербурга, исходя из задач обследования, а также возрастных, психофизических и иных индивидуальных особенностей детей. При решении ТПМПК Выборгского района города Санкт-Петербурга о дополнительном обследовании оно проводится в другой день.

Я, _____
(Ф.И.О родителя (законного представителя) ребенка)

информирован(а) о дате, времени, месте и порядке проведения обследования, о моих правах и правах моего ребенка, связанных с проведением обследования, секретариатом ТПМПК Выборгского района города Санкт-Петербурга

« _____ » _____ 20 ____ года

подпись родителя (законного представителя) ребенка

Фамилия Имя Отчество

Угловой пункт образовательной организации

Приложение 5.
Руководителю территориальной
психолого-медико-педагогической комиссии
Выборгского района Санкт-Петербурга
Н.Е. Никишиной

НАПРАВЛЕНИЕ
на территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию

Фамилия, имя ребенка, дата рождения

направляет ГБДОУ/ГБОУ № _____

Дата выдачи направления _____

Домашний адрес, телефон

ИНФОРМИРОВАНИЕ

Я _____

Ф.И.О., родителя/законного представителя
информирован (а) о месте, и регламенте первичного приема (о подаче «Пакета документов
воспитанника/обучающегося») _____ Число/Время/Подпись

Ф.И.О., подпись специалиста, направляющего ребенка на ТПМПК Выборгского района СПб

Подпись руководителя образовательной организации

М.П.

- ☐ документ, удостоверяющий личность законного представителя
- ☐ копия паспорта или свидетельства о рождении ребенка
- ☐ документ, подтверждающий полномочия по представлению интересов ребенка
- ☐ заявление в Комиссию
- ☐ согласие на обработку персональных данных ребенка
- ☐ согласие на обработку персональных данных родителя (законного представителя);
- ☐ направление образовательной организации
- ☐ выписка из истории развития ребенка
- ☐ заключение Психолого-Медико-Педагогического консилиума образовательной организации
- ☐ характеристика, выданная образовательной организацией
- ☐ справка и копия справки, подтверждающая факт установления инвалидности, выданная федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы (МСЭ) (при наличии);
- ☐ результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка

Пакет документов для прохождения ТПМПК принят _____ / _____ / Подпись специалиста ТПМПК
принявшего документы

Число/Время/Адрес проведения ТПМПК _____

информация секретаря ТПМПК Выборгского района СПб

_____/_____/ Подпись родителя/законного представителя

Печатный учреждения, направившего на ТПМК

Печатный учреждения здравоохранения
официальное наименование медицинской организации,
адрес местонахождения, контактный телефон

ВЫПИСКА №

ИЗ ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА С ЗАКЛЮЧЕНИЯМИ ВРАЧЕЙ
ИЗ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА (РЕГИСТРАЦИИ)

Ф.И.О. _____

Дата, год рождения _____ Родной язык _____

Адрес _____

№ детской поликлиники _____ № посещаемого учреждения _____

СВЕДЕНИЯ О РОДИТЕЛЯХ

Мать: Ф.И.О. _____

Возраст _____ Образование _____

Место работы, должность _____

Состояние здоровья до рождения ребенка (подчеркнуть): нервно-психические расстройства, венерические заболевания, алкоголизм, хронические заболевания, стрессы, дефекты речи, вредности на рабочем месте, здоровья.

Отец: Ф.И.О. _____

Возраст _____ Образование _____

Место работы, должность _____

Состояние здоровья до рождения ребенка (подчеркнуть): нервно-психические расстройства, венерические заболевания, алкоголизм, хронические заболевания, стрессы, дефекты речи, вредности на рабочем месте, здоровья.

Число детей в семье _____ какой по счету ребенок в семье _____

АНАМНЕЗ (заполняет педиатр)

Возраст матери во время беременности _____. Какая по счету беременность _____. Какие по счету роды _____.

Количество абортов _____. Как протекала беременность (подчеркнуть): нормально, с токсикозом в первую половину, во вторую половину беременности; болезни матери: краснуха, грипп, токсоплазмоз, сахарный диабет, заболевания почек, печени, ОРЗ, повышенное АД, анемия, травмы, ушибы в области живота, сердечно-сосудистые заболевания, угрозы выкидыша, стрессы, вредности на работе, алкоголизм, курение,

Как протекали роды (подчеркнуть): в срок, преждевременные, стремительные, затяжные, обезвоженные, переносение; асфиксия: белая, синяя; стимулирование, применение механического родовспоможения, кесарево сечение,

Вес _____ и рост _____ при рождении. Ребенок закричал сразу или нет _____,

когда принесли кормить _____ вскармливание: грудное, искусственное,

смешанное (с какого времени) _____ когда стал держать голову _____,

сидеть _____, стоять _____, ползать _____ когда стал ходить _____,

когда появились первые зубы _____ поведение ребенка до года: спокойный,

беспокойный, как спал _____ раннее речевое развитие: гуление

_____, лепет _____ первые слова с _____,

фразовая речь _____

умение говорить на данный момент _____

Перенесенные заболевания: 0-1 года _____

1-3 года _____

После 3-х лет _____

Были ли операции _____ общий наркоз _____ Были ли обморочные

состояния _____ недержание мочи/кала _____

Информация о перенесенных заболеваниях _____

Оценка актуального соматического состояния ребенка _____

Группа здоровья _____

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ*

1. Заключение педиатра

Общее состояние здоровья и физического развития: рост _____, вес _____

Нарушения опорно-двигательного аппарата _____

Соматические заболевания _____

Состоит ли на диспансерном учете _____, с какого возраста _____

У какого специалиста, с каким диагнозом _____

Оценка актуального соматического состояния ребенка, направленного в ДОУ/ОУ _____

Группа здоровья _____

Дата _____

Подпись
Печать врача

Педиатр Ф.И.О. _____

2. Заключение оториноларинголога**

Состояние слуха _____ Носоглотки _____

Дата _____

Подпись
Печать врача

Отоларинголог Ф.И.О. _____

3. Заключение офтальмолога

Острота зрения _____ Состояние органов зрения _____

Дата _____

Подпись
Печать врача

Офтальмолог Ф.И.О. _____

4. Заключение ортопеда (хирурга)

Состоит ли на учете, диагноз _____

Дата _____

Подпись
Печать врача

Ортопед Ф.И.О. _____

Выписка заверена « _____ » _____ 20 ____ г.

Главный врач (уполномоченное лицо) _____ / _____ /

МП

*заключения врача-психиатра и невролога предоставляются на отдельных бланках (предоставление справок от врача-психиатра и невролога в ТПМПК обязательно!).

**пункты 2,3,4 заполняются при необходимости. Заключение профильных врачей-специалистов с указанием основного диагноза (шифр МКБ или полный диагноз) указывается с письменного согласия родителей (законных представителей).

ДОВЕРЕННОСТЬ

Я, _____
(Ф.И.О. родителя/законного представителя)

паспорт серия _____ № _____, выданный _____
(кем и когда)

проживающий по адресу: _____

родитель (законный представитель) воспитанника

_____ (Ф.И.О. воспитанника)

в _____ классе _____
(наименование образовательной организации)

доверяю представлять интересы моего ребенка на ТПМПК Выборгского района г.
Санкт-Петербурга и/или получить копию заключения ТПМПК Выборгского
района г. Санкт-Петербурга с рекомендациями по определению образовательного
маршрута _____

(кому, Ф.И.О.)

паспорт серия _____ № _____, выданный _____
(кем и когда)

« _____ » _____ 20__ г.

_____ / _____

(подпись)

(расшифровка подписи)

Журнал записи детей на обследование в ТПМПК Выборгского района

Дата и время приема ребенка на ТПМПК	ФИО ребенка Дата рождения ребенка	ФИО родителя (законного представителя) ребенка	Контактная информация (телефон, эл. адрес) родителя (законного представителя) ребенка	Образовательная организация, где обучается ребенок в настоящее время	Кем направлен ребенок на ТПМПК, имеется ли направление (при наличии)	Установленный диагноз (при наличии)	Инвалидность (при наличии)	Запрос родителя (законного представителя) ребенка

ПРОТОКОЛ

территориальной психолого-медико-педагогической комиссии

Выборгского района г. Санкт-Петербурга

Дата проведения ТМПК комиссии _____ № протокола _____

Общие сведения о ребенке:

1. Ф.И.О. _____
2. Год и месяц рождения _____
3. Место проживания _____
4. Адрес регистрации _____
5. Образовательное учреждение: _____
6. Инвалид (указать по какому заболеванию, подчеркнуть): психическому, неврологическому, соматическому, по зрению, слуху, по речи, по заболеванию опорно-двигательного аппарата, по сочетанной патологии. _____
7. Кто представляет ребенка на комиссию: _____

Мать (Ф.И.О.), отец (Ф.И.О.), опекун (Ф.И.О.) _____

(Представитель учреждения по доверенности Ф.И.О.) _____

8. Перечень представленных документов (отметить):

- ☐ документ, удостоверяющий личность законного представителя
- ☐ документ, подтверждающий полномочия по представлению интересов ребенка
- ☐ заявление о проведении / согласие на проведение обследования ребенка в ТМПК
- ☐ копия паспорта или свидетельства о рождении ребенка
- ☐ направление медицинской, образовательной, осуществляющей соц.обслуживание орг-зации
- ☐ выписка из истории развития ребенка
- ☐ характеристика, выданная образовательной организацией
- ☐ медицинские сведения из ЦВЛ «Детская психиатрия»
- ☐ другое _____

Результат медицинского обследования

1. Специалистов (невролог, психиатр, офтальмолог, отоларинголог)

2. Данные дополнительных обследований:

Результаты психологического обследования

1. Уровень интеллектуального развития по данным обследования стандартизированными методиками соответствует: _____

2. Особенности развития познавательной деятельности: _____

3. Особенности поведения и эмоционально-волевой регуляции: _____

Результаты педагогического обследования

1. Родной язык ребенка: _____

2. Данные логопедического обследования: _____

3. Знания и навыки по программному материалу: _____

Выводы специалистов:

Относится к категории детей, имеющих трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации. Рекомендованы занятия с учителем-логопедом на логопункте.

Особое мнение:

Руководитель ТПМПК

Никишина Н.Е.

Зам.руководителя ТПМПК

Образцова О.О.

Секретарь ТПМПК

Лотарева Е.В.

Специалисты ТПМПК:

Учителя-логопеды _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ
психолого-медико-педагогической комиссии
Выборгского района Санкт-Петербурга

Дата проведения ТПМПК 17.04.2019

№ протокола 16/

Ф.И.О.:

Дата рождения: 31.08.2013

Адрес регистрации: С-Пб,

Адрес проживания: С-Пб,

Выводы комиссии

Относится к категории обучающихся, испытывающих трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации.

Рекомендации комиссии

1. Обучение по основной общеобразовательной программе дошкольного образования.
2. Форма получения образования – **по выбору родителей (законных представителей).***
3. Организация психолого-педагогического сопровождения, в том числе проведение групповых и (или) индивидуальных коррекционных занятий:
 - с учителем-логопедом – не требуется / требуется;
 - с педагогом-психологом – не требуется / требуется.

На период: 1/2 года с момента зачисления

Заключение комиссии действительно для представления в указанные органы, организации в течение календарного года с даты его подписания.**

Руководитель ТПМПК

Н.Е. Никишина

*Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.4.1.3049-13 "Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций" (утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 15 мая 2013 г. N 26).

**Приказ Министерства образования и науки РФ от 20 сентября 2013 г. N 1082, пункт 23.

Учитель-логопед

Учитель-логопед

Копия заключения получена. С содержанием ознакомлен(а).

Карта ребенка, прошедшего обследование

Протокол №

от

Ф.И.О.:

Дата рождения:

Адрес регистрации:

Адрес проживания:

ДОУ/ОУ:

ФИО родителей/законных представителей: